



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EDUCACIÓN,
POLÍTICA SOCIAL Y DEPORTE

**SOLICITUD DE AYUDA
PARA ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA
DE APOYO EDUCATIVO
CURSO 2008-2009**

FASE

1. ESTUDIOS

PROVINCIA EN QUE RADICA EL CENTRO EN QUE CURSARÁ ESTUDIOS EN 2008/09 ZONA

A. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE NIF/NIE DEL/DE LA SOLICITANTE SEXO (Marque con X lo que proceda)
(Acompañe fotocopia) HOMBRE MUJER FECHA DE NACIMIENTO

PROFESIÓN DE LA PERSONA PRINCIPAL DE LA FAMILIA CÓDIGO (Ver instrucciones)

¿ES EXTRANJERO/A? Sí NO NACIONALIDAD CÓDIGO PAÍS

TELÉFONO FIJO (con prefijo) CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO MÓVIL ¿Autoriza, en su caso, el recibo de notificaciones por SMS?: Sí NO (Ver instrucciones)

B. DOMICILIO FAMILIAR (EN ESPAÑA)

TIPO DE VÍA (Ver instrucciones) NOMBRE DE LA VÍA NÚMERO ESCALERA PISO LETRA

PROVINCIA MUNICIPIO

LOCALIDAD CÓDIGO POSTAL

DATOS BANCARIOS: CUENTA O CARTILLA Y ENTIDAD donde desea percibir el importe de la beca:

ENTIDAD OFICINA DÍGITOS CONTROL CUENTA

Si es la cuenta del/de la solicitante, éste/a deberá ser titular o cotitular de la cuenta.

Si es la cuenta del centro educativo, por haber autorizado a éste a percibir el importe de la beca, deberá cumplimentar también las siguientes casillas con el CIF DEL COLEGIO O ENTIDAD TITULAR DE LA CUENTA

D. DATOS ACADÉMICOS (A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO)

CENTRO EN EL QUE CURSARÁ ESTUDIOS EN 2008/2009 CÓDIGO

DOMICILIO DEL CENTRO LOCALIDAD

NIVEL DE ESTUDIOS QUE CURSARÁ EN 2008/09: CURSO

E. INFANTIL E. PRIMARIA E.S.O. BACHILLERATO CICLO FORMATIVO GRADO MEDIO

CICLO FORMATIVO GRADO SUPERIOR ENS. ARTÍSTICAS PROFES. DE MÚSICA Y DANZA CUALIFICACIÓN PROFESIONAL INICIAL PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA LA TRANSICIÓN A LA VIDA ADULTA

E. DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

TIPO DE CENTRO RÉGIMEN DEL CENTRO GRADO DE DISCAPACIDAD COLECTIVO

Nº de miembros computables

Ingresos extranjero Euros Céntimos

DEDUCCIONES

Familia numerosa Número de hermanas/os

Número de afectadas/os minusvalía igual o superior al 33%

Solicitante con discapacidad motórica superior al 65%

Hermanas/os universitarias/os fuera del domicilio familiar Orfandad absoluta

F. TIPO DE AYUDAS. AYUDAS SOLICITADAS. A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO EDUCATIVO

A. ENSEÑANZA B. TRANSPORTE C. COMEDOR D. RESIDENCIA E. TRANSPORTE FIN DE SEMANA F. TRANSPORTE URBANO

G. MATERIAL 1 (1) H. MATERIAL 2 (2) REEDUCACIÓN: P. PEDAGÓGICA L. LENGUAJE S. PROGRAMA ESPECÍFICO PARA ALUMNOS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES

(1) y (2) Deberá marcar X en el apartado G para los alumnos que curse E. Primaria, ESO, Progr. para cualificación profesional inicial, Progr. de Transición para la vida adulta y el apartado H para alumnado que curse el resto de niveles.

AYUDAS PROPUESTAS. A CUMPLIMENTAR POR LA ADMÓN.:

SUBSIDIO: 4 NUEVA ADJUDICACIÓN 2

A B C D E
F G H P L S

CERTIFICACIONES

A) A CUMPLIMENTAR POR LOS EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA O DEPARTAMENTOS DE ORIENTACIÓN, DEPENDIENTES DE LAS ADMINISTRACIONES EDUCATIVAS.

CERTIFICA: Que el/la alumno/a
 está escolarizado/a en el Centro

ORDINARIO QUE ESCOLARIZA ALUMNOS ESPECÍFICO ORDINARIO CON UU.E.E. y tiene necesidad de recibir:
 CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

REEDUCACIÓN { PEDAGÓGICA
 LENGUAJE ESCOLARIZACIÓN MÁS TEMPRANA (MENORES DOS AÑOS)

PROGRAMA ESPECÍFICO ALUMNOS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES

DURACIÓN DE LA NECESIDAD DEL SERVICIO

Lo que firmo como justificación de la ayuda solicitada en, a de de 2008

Firmado:

Sello

B) A CUMPLIMENTAR POR EL GABINETE O CENTRO QUE REALIZA LA REEDUCACIÓN O PROGRAMA ESPECIAL PARA PERSONAS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES.

- PEDAGÓGICA - CUANTÍA MENSUAL

- LENGUAJE - CUANTÍA MENSUAL

- PROGRAMA ESPECÍFICO A. CON ALTAS CAPACIDADES. - CUANTÍA MENSUAL

- N.I.F.

- N.º Colegiado/a

DURACIÓN DE LA NECESIDAD DEL SERVICIO

En el supuesto de no prestar el servicio solicitado, se pondrá en conocimiento de la Unidad de Becas provincial.

....., a de de 2008

Firmado:

C) A CUMPLIMENTAR POR EL/LA SECRETARIO/A O DIRECTOR/A DEL CENTRO ESPECÍFICO, ORDINARIO CON UU.E.E. O QUE ESCOLARIZA ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES:

D./D.ª Secretario-a/Director-a
 del Centro Docente Código

CERTIFICO que el/la alumno/a al que se refiere la presente solicitud tiene plaza en este Centro para el curso académico 2008/09. Asimismo, y por la presente certificación, me comprometo a, en caso de que no llegara a ocupar plaza o causara baja durante el curso, comunicar esta circunstancia en el plazo máximo de un mes al Órgano Gestor correspondiente para que, si procediese, fuera revocada dicha ayuda.

Sello del Centro

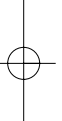
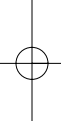
El/la Secretario/a Director/a



A CUMPLIMENTAR EN EL CASO DE AUTORIZAR AL CENTRO A PERCIBIR LA AYUDA

D./D.^a padre, madre o tutor del/de la solicitante, autoriza al Director/a del Centro en el que se encuentra matriculado/a el/la solicitante de ayuda para que, en caso de ser beneficiario/a de la misma, perciba su importe a través de la cuenta corriente de dicho Centro.

(FIRMA)



RESGUARDO DE PRESENTACIÓN SOLICITUD DE AYUDAS PARA ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO. CURSO 2008-2009

NOMBRE Y APELLIDOS N.I.F.

DOMICILIO

CENTRO DE ESTUDIOS

ESTUDIOS QUE REALIZA

ESTE RESGUARDO NO ES VÁLIDO **SIN EL SELLO Y FECHA** DE LA OFICINA RECEPTORA

